

Sección I - Datos Generales Persona Natural (Si se trata de una Persona Jurídica completa la siguiente sección)						
Productos Contratados:						
Tipo de Cliente: Contratante <input checked="" type="checkbox"/> Asegurado						
<b>Favor completar un formulario de Conozca a su cliente adicional: (a) para el Contratante, cuando este sea diferente al Asegurado Principal; y (b) Por cada Asegurado Adicional mayor de edad.</b>						
Nombre(s) y Apellido(s):			Cédula / Pasaporte:			
Fecha de Nacimiento:	País de Nacimiento:	Estado Civil:	Soltero	Casado	Sexo: M	
Edad:	Nacionalidad:	Divorciado	Viudo	Otro:	F	
País de Residencia:						
Dirección Residencial						
Edif.	Casa	Torre:	Piso	Nivel	N/A:	
País:			Provincia o Estado:		Distrito:	
Urbanización:	Corregimiento:			Punto de Referencia:		
Teléfono de Residencial:			Celular:		Fax:	
Apartado Postal:			E-mail:			
Datos Ocupacionales						
Profesión:	Ocupación	¿Empresa donde Labora?:	Actividad Económica de la Empresa donde labora Comercial Industrial			
Tiempo que lleva en esta ocupación:		Tipo de Contrato Laboral:				
Breve descripción de sus funciones:						
Ingreso Mensual:	Anualizado:	Detallar otros ingresos:				
Dirección Laboral:				Ave.	Calle.	Transv.
				Apartado Postal:		
País:	Provincia o Estado:			Distrito:		
Urbanización:	Corregimiento:			Punto de Referencia:		
Tienes obligaciones Fiscales con un país que no sea Panamá? Si      No      En caso afirmativo detalle el(es) País(es):						
Tax Identification Number de E.E.U.U. (solo si aplica):						
Persona Expuesta Políticamente						
Las personas políticamente expuestas son aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, por ejemplo, Jefes de Estado o de un gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos.						
Es usted es una Persona Expuesta Políticamente (PEP) indique:			De ser una Persona Expuesta Políticamente, indique tipo:			
Sí	No		Directo	Relacionado		
Si usted es un Persona Políticamente Expuesta (PEP) Relacionada detalle tipo de relación:						
Hermano(a)	Cónyuge	Hijo(a)	Madre	Padre	Estrecho colaborador	
Nombre y Apellidos:		Cargo:		Fecha de Inicio en el Cargo:		
Perfil Financiero						
Declaración de Fuente y origen de recursos de la transacción:						
Declaro que todas mis actividades las ejerzo dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes:						
Propósito y carácter de la relación comercial:			Empleo o Situación Laboral:			
			Asalariado	Dependiente	Independiente	
Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizado de todos los aspectos sobre los cuales se han hecho las preguntas. Declaro que las razones de las transacciones intentadas o por ejecutar relacionadas al presente seguro, provienen de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Blanqueo de Capitales.						

Información Financiera para Persona Natural				
Ingresos anuales actividad principal	Menos de 10 mil US\$	10 mil a 30 mil US\$	30 mil a 50 mil US\$	Más de 50 mil US\$
Ingresos anuales por otras actividades	Menos de 10 mil US\$	10 mil a 30 mil US\$	30 mil a 50 mil US\$	Más de 50 mil US\$
¿Usted realizará transacciones a través de Transferencias ?    Si    No				
Recibidas:				
Locales:	Si	No		
Internacionales:	Si	No	País donde se origina la Transferencia:	
Enviadas:				
Locales:	Si	No		
Internacionales:	Si	No	País Destino Final de la Transferencia:	
Sección II - Datos Generales Persona Jurídica (Si usted es una persona natural omitir esta sección y diríjase a la sección de firma)				
Productos Contratados:				
Tipo de Cliente:    Contratante    Asegurado				
<b>Favor completar un formulario de Conozca a su cliente adicional: (a) para el Contratante, cuando este sea diferente al Asegurado Principal; y (b) Por cada Asegurado Adicional mayor de edad.</b>				
Nombre Comercial o Razón Social:			Número de Identificación Fiscal (RUC,RIF,NIF,NIT,TIN,RCN):	
País de Constitución:			Tipo de Actividad Económica:	
Fecha de Constitución:			Domicilio:	
Relación Contractual con un Estado: Si No			Teléfono:     Estructura Jurídica: Sociedad Anónima    Cooperativas Fundación de Interés Privado Fundación sin fines de lucro    Colegio Organismo Internacional    Iglesias Embajada o Consulados Sociedad Civil	
Tipo de Sociedad: Operativa    No Operativa			Datos del Registro Público:	
Nº de Aviso de Operaciones:			Propósito y carácter de la relación comercial:	
Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho las preguntas.				
Información Financiera para Persona Jurídica				
Ingresos anuales actividad principal	Menos de 250 mil US\$	250 mil a 1 millón US\$	1 millón a 10 millones US\$	Más de 10 millones US\$
Ingresos anuales por otras actividades	Menos de 250 mil US\$	250 mil a 1 millón US\$	1 millón a 10 millones US\$	1 millón a 10 millones US\$
¿Usted realizará transacciones a través de Transferencias ?    Si    No				
Recibidas:				
Locales	Si	No		
Internacionales	Si	No	País donde se origina la Transferencia:	
Enviadas:				
Locales	Si	No		
Internacionales	Si	No	País Destino Final de la Transferencia:	
Nombre y Apellido del Representante Legal:			Nº Cédula o Pasaporte:	Teléfono:
Dirección Residencial:			Sexo:	Correo:
Nombre y Apellido del Agente Residente:			Nº Cédula o Pasaporte:	Teléfono:
Dirección Residencial:			Sexo:	Correo:
Indique si el Representante Legal, Apoderados o la Sociedad misma son o han sido objeto de investigación, indagación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de dinero o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique: ✓ Si    ✓ No				

<b>Directores</b>					
Nombre	Nº Cédula o Pasaporte	Dirección Residencial:		PEP ¿Sí o No?	Fecha de Inicio
<b>Dignatarios</b>					
Nombre	Nº Cédula o Pasaporte	Dirección Residencial:		PEP ¿Sí o No?	Fecha de Inicio
<b>Accionistas</b>					
Nombre	Nº Cédula o Pasaporte	Dirección Residencial:	Porcentaje de Acciones	PEP ¿Sí o No?	Fecha de Inicio
<b>Beneficiarios del Seguro</b>					
Nombre	Nº Cédula o Pasaporte	Dirección Residencial:		PEP ¿Sí o No?	Fecha de Inicio
<b>Observación: Información Financiera aplicable para Jurisdicciones Alto riesgo, PEPS y actividades económicas Alto Riesgo (Fundaciones, ONG, Zona Franca)</b>					
<b>Ingresos</b>					
Fuente y Origen del Patrimonio:				Propios	Terceros
Ingrosos Fijos (indique el monto):	Forma en que son recibidos los Ingrosos Fijos: Efectivo      Cheque ACH Transferencia Internacional		País de origen de los ingresos fijos: Local Extranjero (Indique país):	Frecuencia en que recibe los ingresos fijos: Semanal Quincenal Mensual	
Ingrosos Fijos (indique el monto):	Forma en que son recibidos los Ingrosos Fijos: Efectivo      Cheque ACH Transferencia Internacional		País de origen de los ingresos fijos: Local Extranjero (Indique país):	Frecuencia en que recibe los ingresos fijos: Semanal Quincenal Mensual	
Ingrosos Variables (indique el monto):	Forma en que son recibidos los Ingrosos Variables: Efectivo      Cheque ACH Transferencia Internacional		País de origen de los ingresos variables: Local Extranjero (Indique país):	Frecuencia en que recibe los ingresos fijos: Semanal Quincenal Mensual	
Lugar y Fecha	Nombre del Contratante/Asegurado		Firma del Contratante/ Asegurado		
<b>Datos del Corredor</b>					
Nombre o Razón Social:		Nº de Licencia:			
Firma del Corredor:		Fecha:			
<b>Solo para uso de la Empresa Aseguradora</b>					
Nombre y Apellido del colaborador que revisa:					
Cargo/Ocupacion	Firma				